

ODOBRENJE

PORUKA KORISNICIMA: Odjeljenje socijano zdravstvenih servisa (Department of Social and Health Services - DSHS) moze vam pomoci bolje ako imamo mogucnosti da suradjujemo sa drugim agencijama i profesionalcima koji znaju vas i vasu familiju. Potpisom ovog obrasca dajete odobrenje DSHS-u, agencijama i osobama koji su navedeni na ovom obrascu da raspolazu sa vasim tajnim podatcima. DSHS nemoze ukinuti vase beneficije ako vi ne potpisete ovaj obrazac osim ako je ovo odobrenje potrebno za usklajivanje vashih beneficija. Ako ne potpisete ovaj obrazac, DSHS jos uvjek moze da raspolaze vasim podatcima koje su u skladu zakonskih normi. Ako imate pitanja u vezi nacina kako DSHS koristi tajne informacije musterija ili o vashim licnim pravima, molimo vas kontaktirajte DSHS-ovo odjeljenje za privatna prava ili pitajte osobu koja vam daje ovaj obrazac za odobrenje.

IDENTIFIKACIJE KORISNIKA:			
IME	DATUM RODJENJA	IDENTIFIKACIONI BROJ	
ADRESA	GRAD	DRZAVA	POSTANSKI BROJ
BROJ TELEFONA (SA POZIVNIM BROJEM)	OSTALE INFORMACIJE		
ODOBRENJE:			
<p>Ja odobravam koristenje mojim privatnih podataka u okviru DSHS-a da planira, provodi, i upravlja servise, tretmane, racune, i beneficije za mene ili za druge svrhe odobrene zakonski. Isto tako dajem dozvolu DSHS-u i navedenim agencijama i osobama koji vode te servise da koriste moje privatne/licne podatke I da mogu raspolagati njima za ove namjere. Informacije se mogu djeliti usmeno ili kompjuterski, postom, ili licnim prenosnjem.</p> <p>Molimo vas da oznacite sve osobe kojima je dato ovo odobrenje sa dodatkom DSHS-a I da ih navedete imenom i adresom:</p>			
<input type="checkbox"/> Doktori: _____ <input type="checkbox"/> Psiholozi i savjetnici: _____ <input type="checkbox"/> Farmaceuti: _____ <input type="checkbox"/> Ostale osobe koje imaju ugovor sa DSHS-om: _____ <input type="checkbox"/> Stambeni programi: _____ <input type="checkbox"/> Skole ili koledji: _____ <input type="checkbox"/> Odjel za ispravljanje gresaka: _____ <input type="checkbox"/> Odjel za sigurnost zaposlenih i njihovi radni partneri: _____ <input type="checkbox"/> Administracija socialne sigurnosti ili druge federalne agencije: _____ <input type="checkbox"/> Pogledaj na dodatnom listu <input type="checkbox"/> Druge: _____			
<p>Ja ovajcujem raspolaganje slijedecihs informacija (oznaci sve koje su potrebne):</p> <input type="checkbox"/> Sve informacije (podatke) o meni <input type="checkbox"/> Podatke na dodatnoj listi <input type="checkbox"/> Samo slijedece podatke: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="flex: 1;"> <input type="checkbox"/> Familiarnu, socijalnu i radnu istoriju <input type="checkbox"/> Evidenciju o placanju <input type="checkbox"/> Druge (navedi): _____ </div> <div style="flex: 1;"> <input type="checkbox"/> Zdravstvene informacije <input type="checkbox"/> Licne procjene </div> <div style="flex: 1;"> <input type="checkbox"/> Planove za njegu i tretmane <input type="checkbox"/> Skolstvo, obrazovanje i teninzi </div> </div>			
<p>MOLIMO VAS OBRATITE PAZNJU: Ako vasi podatci obuhvataju slijedece stvake morate kompletirati i ovu rubriku da bi se ti podatci mogli uzeti u obzir.</p> <p>Ja dajem moje odobrenje za raspolaganje slijedecihs podataka (oznaci sve koje su potrebne):</p> <input type="checkbox"/> Psihicko stanje <input type="checkbox"/> Rezultati testova, diagnoze ili tretmani side i seksualno prenosivih bolesti <input type="checkbox"/> Farmaceutski servisi (CD)			
<ul style="list-style-type: none"> - Ovo odobrenje vazi za <input type="checkbox"/> jednu godinu <input type="checkbox"/> sve dok su DSHS-u navedeni podatci potrebni, ili <input type="checkbox"/> do _____ (odredjenog datuma promjene). - Ja mogu pismeno ponistiti ili povuci ovo odobrenje u svakog trenutka, ali to nece imati efekta na vec koristene informacije. - Ja razumijem da podatci koji su ovim odobrenjem navedeni nece vise biti zasticeni zakonima koji su postavljeni od DSHS-a. - Kopija ove forme daje dozvolu da se raspolaze mojim podatcima. 			
POTPIS	DATUM	SLUZBENIK/POTPIS SVIJEDOKA	DATUM
POTPIS RODITELJA ILI PREDSTAVNIKA (AKO JE POTREBNO)		BROJ TELEFONA	DATUM
<p>Ako ja nisam gore navedena osoba ja imam punomoc da potpisem ovu formu zato sto sam ja: (dodaj pismenu punomoc)</p> <input type="checkbox"/> Roditelj <input type="checkbox"/> Legalni zastitnik (dodaj sudsku odluku) <input type="checkbox"/> Lici predstavnik <input type="checkbox"/> Ostalo:			

NAPOMENA ZA KORISNIKA OVOG FORMULARA: Ako ovi podatci obuhvataju informacije o sidi ili seksualno zaraznim bolestima, vi nemozete objelodaniti te informacije bez specijalnog odobrenja musterije. Ako ste dobili informacije o uzimanju droge ili alkohola musterije i hocete da odkrijete te informacije, morate se drzati clana zakona koji je naveden u 42 CFR 2.32:

Ove informacije o vama su se objelodanile i one su zasticene federalnim zakonom (pod 42 CFR dio 2). Federani zakon zabrenjuje prenos daljih informacija osim ako imate pismeno odobrenje od osobe o kojoj su navedene informacije ili ako je dozvoljeno zakonom 42 CFR dio 2. Opste odobrenje za koristenje zdravstvenih ili drugih informacija nije dovoljno za ove namjere. Informacije o alkoholu i drogi su zasticene federalnim zakonom i nesmiju se koristiti na sudskom procesu ili drugom ispitivanju.

INSTRUKCIJE ZA KOMPLETIRANJE OVOG FORMULARA ZA ODOBRENJE

Cilj: Koristite ovaj formular ako vam trebu licne informacije o musteriji DSHS-a ili da odobrite te informacije drugim agencijama za servise, tretmane, placanja ili za druge svrhe koje su pravno zasticene. Musterije su osobe koje dobijaju beneficije ili druge servise od DSHS-a.

Koristenje: Ispuni ovaj formular kompjuterski ako je moguce radi lakseg citanja. **Posebno se ova forma mora ispuniti za svaku osobu, obuhvatajuci i djecu.** "Vi" u instrukcijama ovog formulara se odnosi na sluzbenika DSHA-a a "vi" na formularu se odnosi na musteriju. Raspolaganje informacija obuhvata koristenje i otkrivanje licnih informacija o musteriji.

Rubrike formulara:

IDENTIFIKACIJA:

- Ime: Napisи само име klijenta na svakoj formi. Obuhvati sva imena koja je klijent koristilo pri dobijanju beneficija.
- Datum rođenja: Potrebno za identifikaciju klijenta za osobe sa slicnim imenima.
- Identifikacioni broj: Napisi klijentov identifikacioni broj ili drugi broj kao socialni broj (social security) koji ce da pomogne za identifikaciju klijentovih podataka, istorije, i servisa koje je klijent koristio.
- Adresa i telefon: Dodatne informacije koje ce pomoci da identifikuju klijenta ili za kontaktiranje klijenta.
- Ostalo: Obuhvati u ovoj rubrici dodatne informacije koje ce pomoci pri identifikaciji podataka koje mogu obuhvatati koristenje servisa DSHS-a, imena clanova porodice, ili druge raspolozive informacije.

ODOBRENJE (PUNOMOC):

- Agencije ili osobe koje koriste informacije: Popunom ovog formulara, klijent daje odobrenje za koristenje licnih podataka sluzbenicima DSHS-a. DSHS je u mogucnosti da raspolaže i dobija licne podatke od agencija van DSHS-a koje su navedene i ovom formularu. Dodaj imena, adrese ili lokacije agencija ili doktora ako je moguce. Vi isto mozete dodati listu agencija sa tim informacijama, ali ta listu klijent mora isto da potpisuje.
- Obuhvacene informacije: Klijent mora naglasiti koje informacije su obuhvacene u ovom odobrenju. Klijent moze dati sve informacije na raspolaganje ili isto moze da ogranicci koje informacije i koliko dugo se mogu koristiti. Ako klijent ne potpisuje ovo odobrenje ili ako ne naglasi specificne informacije, sa tim informacijama se moze da raspolaže samo ako je zakonski dozvoljeno. Vi mozete isto dodati listu podataka koje se iznose na raspolaganje i klijent mora da potpisuje tu listu. Ako ti podatoci obuhvataju informacije o umnom zdravlju (RCW 71.05.620), sidi ili testovima ili tretmanima seksualno prenosivih bolesti (RCW 70.24.105), ili o koriscenju droge ili alkohola i servisa za alkoholicare (42 CFR 2.31(a)(5)), klijent mora da naglasi ove rubrike specificno dabi dao odobrenje za raspolaganje tih informacija. Ovaj formular nesime sadrzati zabiljeske o psiho-terapiji pod clanom 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) i posebni formular se treba ispuniti dabi se raspologalo sa tim informacijama.
- Rok: Dodaj datum roka kada ovo odobrenje istice koji ce biti baziran po tipu i duzini servisa ili po zakonskoj odluci.
- Razumijevanje: Klijent mora da razumije zasto daje odobrenje i na koji naci i zasto se stavlja njegove informacije na raspolaganje. Ako je potrebno koristi preveden formular ili prevodioca ili procitaj formular glasno pred klijentom. Ako klijent zahtjeva vise informacija o ovome, dosatvi mu kopiju o DSHS-ovim pravima privatnosti ili ga uputite u biro za odobrenja informacija u vasoj ustanovi.

POTPISI :

- Klijent: Potpis klijenta ili djeteta koje je zakonski dozvoljeno da potpisuje (13 za umno zdravlje i za servise za drogu i alkohol; 14 za sidi i druge seksualno prenosive bolesti; u bilo kojim godinama za kontracepciju i abortuse; 18 za zdravstvo) potpisi ovu rubriku i dodaj datum kad je potpisano. Klijent smije isto dati otisak prsta u ovoj rubrici pred svijedokom.
- Agent ili svijedok: Vi ce te potpisati u ovoj rubrici ako ste onaj koji daje ovu formu klijentu i objasnjava je njemu. Molimo vas dodajte vas broj telefona. Ako klijent potpisuje ovaj formular na lokaciji koja nije ustanova za DSHS servise, savjetujte klijenta da ima svijedoka koji ce potpisati u ovoj rubrici i dodati njegov broj telefona. Legalni notar moze isto da sluzi kao svijedok za potpis klijenta.
- Roditelj ili drugi predstavnik: Ako je klijent dijete koje nije legalno ovlašteno da potpisuje ovo odobrenje, roditelj ili legalni zastitnik mora da potpisuje. Ako djete nije dovoljno staro za odobrenje svih informacija onda moraju i djete i roditelj da potpisuju. Ako klijent nije umno stabilan da potpisuje za sebe, zastitnik klijenta koji je sudski odredjen mora da potpisuje i kopija sudskog odredjenja mora da se doda. Ako neko drugi potpisuje ko ima kapacitet autorizacije, zabiljezi "Ostalo" i dodaj kopiju koja pokazuje legalnu autorizaciju. Osoba koja potpisuje mora dodati datum i broj telefona ili druge kontakt informacije.